UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS MIXTES de la JOUE

Prolongement Masséterin de la Parotide et Glandes Parotides Accessoires

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Février 1947

PAR

MARC JOACHIM

MEMBRES DU JURY	MM. DUCUING	*Président*
	GUILHEM	*Assesseurs.*
	GRIMOUD	
	LAZORTHES	
	RIEUNAU	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1947

JOACHIM (Marc). — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la joue. Prolongement masseterin de la parotide et glandes parotides accessoires. — *Toulouse*, Impr. Moderne, 1947, in-8°, 60 p.

Thèse Médecine Toulouse, 1947, N° 14

JOACHIM (Marc). — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la joue. Prolongement masseterin de la parotide et glandes parotides accessoires. — *Toulouse*, Impr. Moderne, 1947, in-8°, 60 p.

Thèse Médecine Toulouse, 1947, N° 14

JOACHIM (Marc). — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la joue. Prolongement masseterin de la parotide et glandes parotides accessoires. — *Toulouse*, Impr. Moderne, 1947, in-8°, 60 p.

Thèse Médecine Toulouse, 1947, N° 14

JOACHIM (Marc). — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la joue. Prolongement masseterin de la parotide et glandes parotides accessoires. — *Toulouse*, Impr. Moderne, 1947, in-8°, 60 p.

Thèse Médecine Toulouse, 1947, N° 14

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CALVET
ASSESSEUR	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CLERMONT, VALLOIS
Histologie et Embryologie	N.
Pathologie interne	MOREL
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL (P.)
Pharmacie	CAUJOLLE.
Matière médicale	VINCENT
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Histoire naturelle	DELAS
Médecine légale et Déontologie	PLANQUES
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Anatomie Pathologique	FABRE J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale	CALVET

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,	Obstétrique	GUILHEM

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élément. aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Histologie	CALVET
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	MONNIER (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	GARRIC
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la Tuberculose	MOREL L.
Anatomie	LAZORTHES
Parasitologie	GÉRAUD
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Médecine expérimentale	GÉRAUD
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine opératoire	RIEUNAU
Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BONHOURE
Thérapeutique	LASSERRE
Bactériologie	DARNAUD

AGREGES EN EXERCICE

Histologie	MM. BROUSSY
Médecine	DARNAUD, GÉRAUD, GADRAT
Anatomie	LAPORTE (J.), DARDENNE, LAZORTHES
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, DIEULAFE, RIEUNAU, DAMBRIN (P.)
Physique médicale	MARQUES
Chimie	VALDIGUIÉ (P.)
Ophtalmologie	BLANC
Pharmacie galénique	DEODATI, COUTURIER
Secrétaire de la Faculté	DUCROS.

Le Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS MIXTES de la JOUE

Prolongement Masséterin de la Parotide et Glandes Parotides Accessoires

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Février 1947

PAR

MARC JOACHIM

MEMBRES DU JURY	MM. DUCUING	*Président.*
	GUILHEM	*Assesseurs.*
	GRIMOUD	
	LAZORTHES	
	RIEUNAU	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tant, un bien faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA FIANCEE

Avec toute ma tendresse.

A MA COUSINE JUANITA ADOLPHE

En témoignage de mon affection.

A LA FAMILLE MALAHEL ADOLPHE

A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

En gage d'affection.

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de Clinique Chirurgicale et du cancer
Directeur du Centre Régional
anti-cancéreux de Toulouse

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre vive gratitude.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUILHEM

En témoignage de notre gratitude pour sa bienveillance pendant nos études et pour avoir accepté de siéger à notre jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GRIMOUD

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment aidé de ses conseils éclairés avec une bienveillance dont nous garderons un fidèle souvenir. Puisse-t-il trouver ici l'expression de notre vive gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LAZORTHES

Nous lui présentons nos vifs remerciements pour nous avoir si bien guidé vers les étapes difficiles de l'anatomie.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE RIEUNAU

En témoignage de notre reconnaissance pour les sages conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de nos études.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE

AU DOCTEUR CHELEUX

Il nous a toujours, par ses conseils, prouvé sa plus vive amitié.

AU DOCTEUR ETZOL

Qu'il trouve ici un signe d'amitié.

AU DOCTEUR BALLET

En témoignage de notre sympathie.

AU DOCTEUR VINEL

En souvenir de notre commune vie d'étudiant.

A TOUS MES CAMARADES
DE LA FACULTE

A LA MUNICIPALITE DE MORNE-A-L'EAU

INTRODUCTION

L'aberrance de certaines tumeurs mixtes de la parotide est une notion que signalent tous les traités classiques ; ils indiquent la possibilité relativement fréquente de tumeurs mixtes développées dans le prolongement pharyngien ou situées au niveau de la région massétérine ou dans la joue dont le point de départ se trouve dans le prolongement massétérin de la glande, soit dans un lobe aberrant que les anatomistes appellent parotide accessoire.

Ces tumeurs superficielles méritent de retenir l'attention : qu'il s'agisse de celles qui prennent naissance dans une parotide accessoire ou de celles dont l'origine se trouve dans le prolongement massétérin de la parotide, elles ont des caractères anatomiques communs, des dangers opératoires identiques qui justifient leur groupement dans une seule et même étude. C'est le voisinage du Canal de

Sténon et accessoirement des branches de division du nerf facial qui expliquent ce rapprochement.

Quatre observations de ces tumeurs mixtes superficielles sont la base de notre travail ; trois d'entre elles émanent du Centre Régional Anti-Cancéreux de Toulouse. Nous remercions M. le Professeur Ducuing, Directeur du Centre, de nous avoir autorisé à utiliser ces documents cliniques. La quatrième nous a été confiée par M. le Professeur Agrégé Grimoud.

Ces tumeurs sont de caractère assez exceptionnel.

Gaubin, en 1907, *ne connaissait que* 5 *observations.*

La statistique du Professeur Escat portant sur dix cas de tumeurs mixtes bucco-pharyngées contient un seul cas de tumeur mixte de la joue (1934).

Est-il vrai que ces tumeurs soient si rares ?

Quand elles sont volumineuses, on les catalogue sous la rubrique de tumeurs de la parotide ; si elles sont peu développées, elles n'arrivent pas jusque dans les services des Hôpitaux ; comme elles siègent dans une région où ne se trouve aucun vaisseau redoutable, le praticien le moins chirurgical se risque jusqu'à l'enlever.

Florence illustre d'une façon pittoresque le fait suivant :

« *C'est ansi qu'un jour de vacances, passant en* » *curieux dans un service de chirurgie, je m'arrê-* » *tai intrigué devant un jeune externe qui s'es-* » *sayait à la chirurgie de la joue. Il s'agissait, pa-* » *raît-il, d'un petit lipome ; l'opération ne mar-* » *chait pas à merveille et notre opérateur novice,* » *effrayé de voir sous son bistouri et du sang, et* » *le canal de Sténon, et les rameaux du facial, se* » *hâta de confier à des mains plus expertes, le soin* » *de terminer l'opération. Il s'agissait d'une tu-* » *meur de la parotide accessoire que je diagnosti-* » *quai aisément, parce que j'avais déjà eu l'occa-* » *sion d'opérer un cas semblable.* »

L'erreur que tendent à commettre tous ceux qui ont écrit sur cette question, consiste à confondre le prolongement antérieur de la parotide avec la parotide accessoire.

En réalité, la parotide accessoire, quand elle existe, constitue un lobe anatomiquement et embryologiquement distinct de la parotide. Cliniquement, elle se comporte comme un organe nettement distinct.

C'est en les considérant sous l'angle de la thérapeutique qu'il est possible de grouper dans une seule et même étude ces tumeurs dont les unes sont développées aux dépens du prolongement massétérin de la parotide, et dont les autres pren-

nent naissance au niveau de la parotide accessoire.

Notre travail est essentiellement orienté dans le sens de la thérapeutique.

Dans la première partie, nous essayerons de dégager les particularités anatomiques des tumeurs voisines du canal de Sténon et de rappeler les notions générales ayant trait aux tumeurs mixtes salivaires.

L'étude de ces particularités anatomiques, des rapports avec le canal de Sténon constituera la deuxième partie de ce travail.

Dans la troisième partie, nous exposerons les conceptions thérapeutiques qui découlent du chapitre précédent.

Sur l'origine, la pathogénie, l'évolution et le pronostic de ces tumeurs, on pourrait répéter tout ce qui a été dit sur les tumeurs mixtes de la parotide. Le problème de leur véritable nature paraît encore loin d'être résolu.

HISTORIQUE

L'anatomie de la parotide accessoire commence en 1627, époque à laquelle Casirius découvrit cette glande, mais la première description de la parotide accessoire ne paraît que cent quatre-vingt-douze ans après.

C'est Haller qui parla le premier de ce lobe glandulaire dans ses *Eléments physiologiques*, tome VI, et voici ce qu'il en écrit : « Le conduit blanc de la parotide, vasculaire et gros, parti du fond de la glande, vient gagner le zygoma, à partir de ce point, il s'incline transversalement ; il reçoit un petit conduit qui vient d'une glande placée à la partie supérieure du masséter et quelquefois séparé de la parotide et rarement double. »

Il faut arriver au travail de Villar (de Bordeaux) pour trouver une description anatomique précise de cette glande. Avant lui, tous les anatomistes se sont contentés de traiter la question en quelques lignes.

Richet veut que ce soit un simple prolongement de la parotide : « C'est à ce lobule, quoique assez bien isolé, que l'on a donné le nom de parotide accessoire, fort improprement, car il ne diffère en rien comme structure des autres prolongements profonds de la glande. »

Chrestien (*Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*), le considère comme un prolongement du bord antérieur de la glande.

Tillaux, au contraire, voit mieux l'importance de cette glande : « Il diffère du précédent (prolongement pharyngien), en ce que, bien que situé en dehors de la loge parotidienne, il est enveloppé de tous côtés par l'aponévrose ; tandis que le premier fait en quelque sorte hernie à travers le fond de la loge ; le prolongement antérieur ou génien a encore reçu le nom de parotide accessoire, il accompagne pendant un certain temps le canal excréteur de la glande ou canal de Sténon, et joue un rôle important dans la pathologie de la joue, région à laquelle il appartient au même titre que le canal. »

Segembauer signale l'existence de plusieurs parotides accessoires.

Debierre parle de lobes erratiques qui accompagnent le canal de Sténon dans lequel vont se jeter les canaux excréteurs des parotides accessoires.

Poirier désigne sous le nom de glande parotide accessoire un lobule erratique de la parotide ordi-

nairement placée au niveau du bord antérieur du masséter.

Le travail le plus précis sur la question est celui de Villar (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1829) ; voici ce qu'il dit :

« La parotide accessoire appartient à la portion massetérienne de la joue. Généralement appliquée contre la partie supérieure de la face externe des muscles et tout près du bord antérieur de ce dernier muscle, elle se rattache par son propre conduit excréteur à la portion extra-glandulaire du canal de Sténon. Mais on ne la retrouvera pas invariablement chez tous les sujets, elle est inconstante et assez rare. »

Mais si la parotide accessoire était connue anatomiquement dès le XVIII^me^ siècle, c'est seulement au milieu du XIX^me^ siècle que l'on a eu connaissance de ces tumeurs.

Le « Compendium de Chirurgie pratique » signale quelques cas d'adénomes au niveau de la parotide accessoire.

La première observation de Squirrhe publiée est celle de Bérard dans la Thèse du Concours de Médecine Opératoire de Paris (1844).

Delorme, dans le « Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie » (1878), indique que « la glande accessoire qui accompagne le canal de Sténon peut devenir le siège de tumeurs. »

En réalité, la première observation certaine d'épithélioma de la glande parotide accessoire est celle publiée par Broca en 1860.

En 1905, Gaubin, élève de Villar, rassemble ses observations et un certain nombre de cas de tumeurs bénignes dans une thèse qui apparaît ainsi comme le premier travail d'ensemble sur cette question.

Enfin, en 1910, Florence, dans les « Archives générales de Chirurgie » reprend l'étude anatomique de la glande parotide accessoire, et celle de ses tumeurs bénignes et malignes. Il convient donc d'adopter la classification de Florence et de distinguer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

ET ANATOMIQUE

A) Au point de vue embryologique.

Les glandes salivaires s'expliquent par l'existence de simples évaginations de l'épithélium buccal primitif qui se développent aux dépens de bourgeons initialement pleins qui s'enfoncent dans le tissu mésodermique, se ramifient et se creusent d'une lumière centrale. Ces bourgeons subissent deux destinées. Les uns, plus nombreux, disséminés sur toute l'étendue de la cavité, se développent individuellement à l'intérieur ou au contact de la muqueuse. Leur dévelopement est tardif et se situe au neuvième mois environ de la vie fœtale. Ce sont les glandes salivaires accessoires, glandes molaires, palatines, buccales, linguales.

Les autres apparaissent plus tôt, vers la quatrième ou cinquième semaine ; donnent naissance à des formations glandulaires différenciées. Ce sont les glandes salivaires principales qui par leur

situation prennent le nom de glandes sous-maxillaire, sublinguale, et parotide.

Au cours du développement embryologique de cette dernière glande, Hertwig signale que son canal excréteur va en se développant donner naissance à de nombreuses ramifications qui, par la suite, deviendront les voies d'excrétion de la glande qui, elle, va se développer au sein du mésoderme ; que c'est aux dépens du « Ductus Sténonianus », ébauche épithéliale en doigt de gant, que se forment des bourgeons étagés et rattachés à lui.

Ces diverticules n'ont pas une destinée commune. Plusieurs d'entre eux s'agglomèrent à leur extrémité distale et forment la parotide.

D'autres peuvent persister tout le long du canal et c'est là l'origine des parotides accessoires.

Vers le troisième mois de la vie intra-utérine, les bourgeons n'apparaissent plus, la glande augmente de volume et refoule à la périphérie le tissu cellulaire dans lequel elle est noyée, le comprime par son développement et ainsi se forme la « Capsule parotidienne » dont parle Poirier.

La parotide accessoire se trouve ainsi comprise entre les deux feuillets qui enveloppent le prolongement antérieur de la parotide et le canal de Sténon.

B) Au point de vue anatomique.

Il convient de préciser les éléments qui peuvent être à l'origine des tumeurs mixtes de la joue. Ce sont :

a) *Les parotides accessoires :* tumeurs qui n'ont pas une position anatomique fixe, leur siège variable se déduit de leur origine embryologique. Toutefois, dans la majorité des cas, elles sont appliquées contre la partie supérieur de la face externe du masséter et près du bord antérieur de ce dernier muscle ; elles se rattachent par leur propre conduit excréteur à la portion extra-glandulaire du canal de Sténon.

On les rencontre sur le bord antérieur du masséter, juste au-dessous de l'os malaire. Le conduit excréteur de ce petit lobe isolé vient s'aboucher un peu obliquement en bas et en avant dans le canal de Sténon, à 2 cm. environ en avant du bord antérieur du prolongement massétérin de la parotide. Elle est comprise avec le canal de Sténon, les filets du facial et l'artère transverse dont elle reçoit une branche dans un dédoublement de l'aponévrose massétérine ; elle répond par sa face externe à la peau de la joue, doublée de son panicule adipeux, par sa face profonde au muscle masséter.

Les glandes parotides accessoires reçoivent leurs artères de la transverse de la face, leurs veines se

rendent aux veines transversales de la face, leurs lymphatiques aux lymphatiques correspondants et de là aux ganglions parotidiens. Leur innervation n'est pas connue.

b) *Le prolongement massétérin ou génien de la parotide.* — Ce dernier s'échappe au niveau du bord antéro-externe de la glande ; son volume toujours notable peut dans certains cas dépasser celui de la glande ; il forme une languette aplatie, étalée sur la farce externe du masséter, recouverte ar l'aponévrose englobant le canal de Sténon, qui émerge de son extrémité antérieure.

c) *Très accessoirement, les glandes jugales,* que 'on rencontre au voisinage du canal de Sténon, soit entre le buccinateur et son aponévrose, soit dans l'épaisseur même du muscle.

Chacune d'elles donne naissance à un petit canal excréteur qui se dirige en dedans, traverse le buccinateur et vient s'ouvrir à la face libre de la muqueuse. Ces glandes malaires peuvent être le siège d'adénomes kystiques de la joue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur l'étude microscopique de ces tumeurs, on pourrait répéter tout ce qui a été dit sur les tumeurs mixtes de la parotide. Ce sont des néoplasmes formés à la fois d'éléments épithéliaux et de formations mésodermiques, manifestant leur solidarité soit par leur évolution même (amplification sur place et généralisation), soit par la présence habituelle de tissus bâtards, encore mal différenciés, intermédiaires aux formes histologiques extrêmes constatées de la tumeur et dont la nature spécifique ne saurait être précisée.

Donc, deux sortes de tissus expliquent la structure intime de ces tumeurs :

A) Le tissu épithélial se rapportant à deux types :

a) Le premier type constitué d'ordinaire de petites cellules glanduleuses groupées en tubuli, ou en acini formant quelquefois des masses plasmodiales.

b) Le deuxième type, constitué par des forma-

tions malpighiennes (épines de Schultze) évoluant vers la formation de globes épidermiques, véritables globes cornés.

B) Entre les éléments épithéliaux se place le tissu conjonctif riche en collagène et en fibres élastiques. A côté, on trouve du tissu cartilagineux dont la présence est assez constante.

Selon Leroux, le tissu cartilagineux ne se présente pas sous l'aspect de cartilage hyalin type, mais de cartilage à cellules ramifiées.

Le fibro-cartilage peut également s'y rencontrer. On peut voir également des travées osseuses avec ostéoblastes caractéristiques.

C) Tissus de transition.

A côté de ces tissus bien différenciés, on observe avec une constance véritablement spécifique, des étendues parfois considérables de tissus nouveaux, coexistant avec des lobules entiers de tissus épithéliaux mixtes malpighiens ou glandulaires. Ces tissus sont constitués par une substance fondamentale chondro-mucoïde au sein de laquelle se rencontrent des éléments cellulaires nouveaux. Ces cellules, plus ou moins chevelues, anastomosées entre elles, forment une sorte de tissu sycytial d'aspect myxoïde.

C'est à partir de ces données que sont nées les théories sur l'histogénèse de ces tumeurs.

PATHOGENIE

Les deux problèmes de la nature histologique des tumeurs mixtes et de leur origine sont d'ailleurs liés par une étroite dépendance et des fluctuations d'interprétation. En effet, les discussions concernant ces tumeurs mixtes ont été marquées par l'antagonisme de l'école allemande qui reprenait les idées de Billroth (1859), Kolaczeck (1878), Kaufmann (1881), et de l'école française attachée aux idées de Verneuil, Duplay, Planteau (1876), et Malassez (1889).

L'école allemande, presque tout entière, en effet, milite en faveur de la théorie conjonctive, Massé (1892), Wolkmann (1895) ; ce dernier auteur notamment apporte à cette question la contribution la plus importante, soutenant que toutes les tumeurs mixtes se développent aux dépens de l'endothélium des fentes lymphatiques. C'est la théorie endothéliale qui rallie en France les suf-

frages de Curtis, Bosc et de Jeambron, de Tonarelli en Italie.

En face de cette théorie, l'école française est presque unanime à soutenir l'origine épithéliale de ces tumeurs salivaires, après la thèse de Pérochaud, en 1885, cette théorie est définitivement assise par les travaux de Larabrie en 1890, sur les tumeurs mixtes de la muqueuse buccale ; l'article fondamental de Berger, en 1897, sur les tumeurs mixtes du voile du palais ; les travaux de Ribbert en 1909; Wilms, en Allemagne, en 1899, Wood, en Angleterre, Bosc, en France, se rallient à cette théorie.

Mais le problème, après cette mise au point, était loin d'être résolu, il restait à déterminer aux dépens de quelle souche épithéliale naissent les tumeurs salivaires.

Pitance et Wilms les font naître d'inclusions ectodermiques (enclavement d'un îlot embryonnaire glandulaire en plein parenchyme parotidien).

Cunéo et Veau soutiennent l'origine branchiale en 1900. Lenormant et Chevassu, en 1910, s'appuyant sur les travaux embryologiques de Vialleton, s'efforcent de substituer à cette théorie branchiale la théorie de l'embryome juxta-salivaire. Enfin les théories contemporaines de Masson et Leroux font jouer ;

a) Aux éléments de la souche initiale une métamorphose pathologique, une métaplasie malpighienne avec présence de globes cornés, une métaplasie par inversion de la polarité cellulaire (Masson).

b) A l'interéaction épithélio-conjonctive, le rôle essentiel.

L'interéaction, selon Leroux, modifierait donc incessamment l'aspect de la tumeur et expliquerait le polymorphisme histologique de ces tumeurs. La prolifération épithéliale serait primitive.

Elle présente donc un intérêt au point de vue diagnostic et pronostic.

Signe de retentissement sur les organes voisins. — Les organes voisins ne sont aucunement intéressés. Des troubles de la salivation et de gêne aux mouvements de mastication n'ont pas été décelés.

Signe de compression nerveuse. — Le facial reste intact : aucune paralysie n'est mise en évidence.

Le facial ne jouera d'ailleurs qu'un rôle tout à fait effacé dans l'histoire clinique des tumeurs mixtes de la joue ; à ce niveau, il est depuis longtemps divisé en ses deux branches principales et son atteinte ne saurait être que partielle ; c'est là une différence essentielle avec les tumeurs mixtes développées dans la parotide principale.

Signes physiques.

La tumeur peut avoir le volume d'un œuf, d'une orange, elle peut égaler celui d'un pois, d'une cerise. Elle est située dans la région jugale, au-dessous de la saillie de la pommette, en avant du bord antérieur du muscle masséter ; elle fait saillie en dehors sur la joue, rarement dans la cavité buccale. Comme forme, elle est le plus souvent, régulièrement arrondie, prenant la forme d'une bille à jouer ou d'un petit œuf ; d'autres fois, elle a la forme d'un cône dont le sommet disparaît

dans la profondeur de la joue. Elle est irrégulière, bosselée et de consistance inégale : dureté cartilagineuse ou mollesse très accusée ; elle est rarement fluctuante.

Cette tumeur est mobilisable facilement : la peau se déplace au-dessus d'elle. Par le toucher buccal, en introduisant un doigt dans la cavité buccale, et en explorant la tumeur de l'autre main, en essayant de la mobiliser, on s'aperçoit qu'elle n'est pas adhérente à la muqueuse. La contraction du muscle masséter entraînera cependant l'immobilisation de la tumeur ou tout au moins limitera la mobilité : caractère qui est dû à ce fait que ce lobe glandulaire est inclus dans un dédoublement de l'aponévrose massétérine. La tumeur évoluant, atteint le volume d'une mandarine, elle se porte en arrière, mais s'arrête toujours sur la face externe du muscle masséter. Sa situation anatomique n'est pas fixe, elle se tient au niveau du point où le canal de Sténon perfore la joue en arrière du prolongement antérieur de la parotide. A son niveau, la peau peut être normale, souple, tumeur bénigne ; ou, au contraire, surtendue, envahie, adhérente à la masse sous-jacente ; la tumeur peut perdre son caractère de bénignité pour évoluer vers la forme grave.

Signes généraux. — L'état général est conservé.

Evolution.

Elle est absolument superposable à celle des habituelles tumeurs mixtes de la parotide : lenteur de l'accroissement pouvant s'étaler sur une période de 10, 15 ou 20 ans, ou même davantage, sans entraîner de trouble fonctionnel important ; mais possibilité d'une brusque explosion de malignité : c'est là une notion sur laquelle nous reviendrons au chapitre du pronostic.

Comme pour les tumeurs de la parotide, un accroissement devenu brusquement plus rapide est un symptôme inquiétant qui évoque l'idée d'une évolution vers la malignité.

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic positif.

La rareté relative des tumeurs mixtes salivaires et le caractère encore plus exceptionnel des tumeurs mixtes de la région jugale sont à l'origine des difficultés du diagnostic, car on risque de ne pas penser à la tumeur mixte en pésence d'une tumeur de la joue.

Toutefois, l'aspect de la tumeur généralement peu développée, variant entre les dimensions d'une lentille et d'un pois, apparaissant dans la région jugale, au-dessous de la saillie malaire, en avant du bord antérieur du masséter, non adhérent à la peau et aux plans profonds et non accompagnée d'adénopathie fait porter le diagnostic.

Mais une deuxième étape du diagnostic positif reste à franchir : c'est le diagnostic de nature bénigne ou maligne. En l'absence de rapports intimes de la tumeur avec le facial, il ne faut pas compter

sur la paralysie faciale pour faire le diagnostic de tumeur mixte de la joue dégénérée, paralysie dont on connaît la signification dans les tumeurs de la glande proprement dite.

Seul, l'accroissement de la tumeur devenu brusquement plus rapide, peut permettre de suspecter cliniquement la transformation maligne de la tumeur. Il va sans dire que le diagnostic de nature sera tranché par l'examen histologique, et au besoin même par l'examen extemporané ; cette recherche n'étant pas seulement une spéculation scientifique, mais ayant un intérêt pratique considérable et pouvant indiquer une thérapeutique complémentaire à l'acte chirurgical.

II. — Diagnostic différentiel.

Nous nous débarrasserons d'abord assez facilement des inflammations aiguës de la parotide.

Ces *parotides aiguës* s'accompagnent de signes d'inflammation locaux et généraux, se caractérisant par un début souvent post-opératoire, par une évolution rapide vers la guérison, ou l'abcédation avec ou sans nécrose. Il s'agit d'affection aiguë qui ne siège pas au niveau de la joue et la confusion n'est guère possible avec les tumeurs mixtes qui nous intéressent.

Les inflammations aiguës du canal de Sténon

(sialodochite) qui sont le plus souvent d'origine calculeuse, siègent dans la région qui nous intéresse ; mais le diagnostic en est fait aisément : il s'agit d'une tuméfaction, douloureuse, inflammatoire ; de plus, la radiographie pourra mettre en évidence des calculs dans le canal de Sténon.

Le diagnostic avec les lésions inflammatoires chroniques est infiniment plus délicat :

a) La tuberculose (rare).

90 cas connus au niveau de la glande.

b) La syphilis de la parotide. Se voit chez un syphilitique (2^{me} année). La forme gommeuse est la plus fréquente, aboutissant après ramollissement à l'ulcération cutanée.

c) Les adénites intraparotidiennes.

d) La maladie de Hodgkin ou lymphogranulomatose maligne, débutant parfois par une localisation parotidienne.

Toutes ces affections siègent dans la parotide et non pas au niveau de la joue.

Les tumeurs bénignes :

a) Le lipome intraparotidien, de consistance molle, lobulée et mobile.

b) L'angiome qui commence à se manifester de très bonne heure dans l'enfance.

c) L'anévrysme intraparotidien, très rare.

d) Kystes salivaires qui se caractérisent par leur variation de volume au cours de la mastication.

e) Kystes sanguins (rares) se développent autour de petits corps étrangers intra-parotidiens (éclats métalliques).

f) Kystes branchiaux rencontrés exceptionnellement dans la parotide.

Ces diverses affections sont le plus souvent de siège parotidien, donc en arrière de la région jugale.

g) Lithiase salivaire, obturée par des calculs et s'accompagnant d'un gonflement douloureux de la glande et de sécheresse de la bouche du côté intéressé.

h) Les tumeurs primitives du massétër, plus profondes, peu mobiles, fixées au muscle.

i) Les tumeurs osseuses de la partie inférieure du malaire (ostéo-chondrome) visibles à la radiographie.

j) Les kystes sébacés de la joue ; leur forme arrondie, leur adhérence limitée en un point de la face profonde du tégument, centré par un orifice sébacé, permettent assez facilement la distinction.

A vrai dire, s'il y a intérêt, dans un but de classification nosologique, à distinguer ces diverses tumeurs de la joue de celles qui nous intéressent,

les problèmes que pose leur exérèse sont à peu près les mêmes et sont conditionnés par le voisinage du canal de Sténon.

Nous ne devons guère retenir pour le diagnostic différentiel, *les tumeurs malignes de la région :*

a) Les sarcomes osseux ou musculaires.

b) L'épithélioma cutané à forme infiltrante.

Nous nous contentons de les citer pour mémoire, ils peuvent être cependant une source d'erreur avec les tumeurs mixtes de la joue ayant subi une transformation maligne.

TRAITEMENT

Discuter du problème thérapeutique que posent les tumeurs mixtes d'origine salivaire, développées au niveau de la joue, c'est, à coup sûr, aborder le côté de cette étude qui mérite le plus de retenir l'attention.

Ce problème apparaît, dès l'abord, comme relativement complexe. Il semble en effet que l'on doive, en premier lieu, reprendre au sujet de ces tumeurs aberrantes, toutes les discussions de principe soulevées par le traitement des tumeurs mixtes parotidiennes habituelles ; et, qu'en deuxième lieu, il faille transposer les directives actuelles du traitement des tumeurs mixtes de la parotide, aux tumeurs de siège aberrant développées au niveau de la joue.

Chevassu a, dès 1910, dressé les règles suivantes au traitement des tumeurs mixtes salivaires :

a) Ces tumeurs doivent être enlevées chirurgicalement.

b) Elles doivent être enlevées précocement avant la phase de malignité clinique.

c) Elles doivent être enlevées largement.

Si tous les auteurs sont d'accord, à l'heure actuelle, pour admettre et pour appliquer ces principes généraux, un certain désaccord est apparu dans la manière de concevoir la troisième de ces propositions.

Que faut-il entendre par « ablation large » des tumeurs mixtes ?

Pendant fort longtemps, la règle opératoire fut d'utiliser le plan de clivage entourant la tumeur mixte et de réaliser une intervention à laquelle le terme d' « énucléation » s'appliquait parfaitement.

Désireux par la suite, d'élargir le périmètre de leur exérèse, certains chirurgiens ont eu recours à une exérèse élargie qu'ils ont appelée l'énucléation-résection.

Plus récemment enfin, tirant argument d'un pourcentage assez élevé de récidive après ces opérations économiques et aussi des conceptions anatomo-pathologiques de Roussy, de Leroux, certains chirurgiens n'ont pas hésité à recourir à la parotidectomie totale, intervention théoriquement idéale sur le plan de la sécurité de l'exérèse, mais que la présence du nerf facial dans la parotide complique et aggrave singulièrement (Redon, Audouin

et Neveu). A l'heure actuelle, les deux tendances extrêmes s'affrontent :

1° Quelques auteurs, à la suite de Redon, considèrent la parotidectomie totale comme le traitement type des tumeurs mixtes parotidiennes. La technique de cette intervention bien réglée par ces auteurs, et comportant la découverte, la dissection et la conservation du facial, leur paraît améliorer singulièrement le pronostic post-opératoire éloigné.

2° La majorité des chirurgiens reste cependant réticente sur le principe de la parotidectomie large systématique qu'ils n'acceptent que dans les cas précis : tumeurs particulièrement suspectes, récidives après énucléation, etc. C'est du moins, la ligne de conduite adoptée au Centre Anti-Cancéreux de Toulouse par M. le Professeur Ducuing et ses collaborateurs qui, le plus souvent, se contentent d'une exérèse limitée, du type énucléation résection, complétée dans les cas douteux de curiethérapie intra-cavitaire (technique rapportée du Radium-Hemmet de Stockholm par le Docteur Nègre). Cette solution intermédiaire leur apparaît comme un heureux compromis qui permet de restreindre considérablement les indications de la parotidectomie totale.

Tel est, résumé et ramené à ses traits principaux, le traitement des tumeurs mixtes de la parotide. Il

était indispensable de le rappeler brièvement pour voir comment ces directives thérapeutiques pouvaient s'appliquer au cas particulier des tumeurs mixtes de la joue.

Le problème thérapeutique se pose ici d'une manière très différente qui paraît infiniment plus simple pour les raisons suivantes :

a) Il ne saurait être question d'enlever la parotide pour une tumeur qui ne siège pas dans la parotide.

b) L'exérèse d'une tumeur mixte de la joue n'est pas à propremnet parler une énucléation, mais plutôt *une parotidectomie partielle portant sur une parotide accessoire ou sur un prolongement parotidien aberrant.*

c) Le risque opératoire est différent : le facial étant, depuis longtemps divisé au niveau de la joue, le risque d'une blessure tronculaire de ce nerf n'est pas à redouter. L'atteinte possible de certains filets nerveux n'a pas une grosse importance pratique, les filets avoisinants pouvant suppléer à la déficience de la fonction d'innervation. Notons, en particulier, que les importants filets palpébraux sont situés au-dessus de la région opératoire.

d) Mais si le « risque du facial » paraît infiniment moindre que dans l'exérèse des tumeurs de la parotide, un danger opératoire nouveau fait son apparition : c'est le « risque du canal de Sténon ».

Sans exagérer la portée de la blessure opératoire de ce nerf ou de sa section pratiquée de propos délibéré, par suite de ses rapports avec la tumeur, il apparaît cependant qu'une fistule salivaire au niveau de la joue, fistule dont le traitement peut présenter de sérieuses difficultés, serait une conséquence fâcheuse de l'intervention et une infirmité gênante pour le patient.

Et nous passerons sous silence les conséquences médico-légales de cette éventualité qui pourrait entraîner de la part de l'opéré l'introduction d'une action judiciaire contre son chirurgien.

C'est pourquoi nous pensons que le « risque du canal de Sténon » est à prendre en considération dans le traitement opératoire des tumeurs mixtes de siège jugal et juxta-sténonien.

En résumé, les buts de la thérapeutique sont les suivants : ils faut :

a) Enlever la tumeur ;

b) Se prémunir contre les récidives ;

c) Ne pas déterminer de fistule salivaire.

Comment satisfaire simultanément à ces diverses exigences ? C'est ce que nous allons envisager dans l'étude descriptive et critique des moyens thérapeutiques.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES

A) Les voies d'accès

1) *Voie externe ou cutanée :*

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler le danger des incisions verticales. Infiniment plus rationnelles sont les incisions horizontales ou légèrement obliques sur une ligne allant du tragus à la commissure buccale. Ces incisions sont, en effet, parallèles aussi bien au canal de Sténon, qu'aux branches du facial et à l'artère transverse de la face ; ce dernier point n'est pas négligeable car la blessure opératoire de cette artère peut être une source d'hémorragie susceptible de faire perdre à l'intervention un partie de son indispensable clarté.

2) *Voie interne ou buccale :*

Elle consiste à aborder la tumeur à travers une incision de la muqueuse buccale.

Telles sont les deux voies d'abord qui paraissent, en principe, s'opposer, et qui diffèrent, en effet, par leurs avantages et inconvénients respectifs.

L'intervention par voie buccale est certainement plus difficile, en raison de l'exiguité plus grande du champ opératoire ; elle est certainement plus aveugle ; elle expôse au risque d'une blessure vasculaire (artère buccale), comme ce fut problablement le cas dans l'observation n° IV.

Enfin, il faut remarquer que les tumeurs mixtes qui nous intéressent ont le plus souvent, un développement vers la surface et se prêtent assez rarement à l'exérèse par voie buccale. Ces inconvénients sont regrettables, car la voie buccale n'a pas à se préoccuper de la blessure possible du canal de Sténon, qui n'aurait, dans ce cas, aucune conséquence pratique.

Il en va tout autrement pour l'intervention par voie externe. Celle-ci donne un jour meilleur, une opération plus facile et plus anatomique, mais elle expose à la blessure du canal de Sténon, surtout si la tumeur est grosse, suspecte de dégénérescence ou de récidive.

C'est pour tenir compte de ces avantages et inconvénients respectifs que nous avons été amenés à réaliser (Observation III) une *intervention par double voie non pas combinées, mais successives,* dont les temps s'effectuent dans l'ordre suivant :

1° Ablation de la tumeur par voie externe.

2° Mise en place d'une petite mèche dans la cavité d'exérèse et suture complète des plans cutanés.

3° Contre-incision buccale, à travers laquelle la mèche est partiellement attirée dans la cavité buccale pour être enlevée quelques jours plus tard.

Cette exérèse par voie externe suivie d'un drai-

nage intra-buccal est une garantie contre le risque de fistule salivaire.

Remarquons en passant, qu'il est possible, après ablation de la mèche, et dans le cas où l'examen histolgique de la tumeur justifierait cette conduite de compléter l'acte chirurgical par un temps de curiethérapie entra-cavitaire.

Telle est la technique originale qui a donné entière satisfaction dans un cas particulièrement difficile (Observation III).

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

A la lumière des notions que nous venons d'exposer, voici comment on peut schématiser les indications thérapeutiques pour les tumeurs mixtes jugales, telles qu'elles sont actuellement conçues au Centre Anti-Cancéreux de Toulouse :

1° *Tumeurs évoluant vers la cavité buccale :* leur ablation par voie buccale semble s'imposer (Observation IV) ; elle peut être éventuellement complétée par curiethérapie intra-cavitaire.

2° *Tumeurs superficielles, les plus fréquentes :*

a) Si leurs dimensions sont peu importantes, si leur accroissement n'est pas inquiétant, s'il ne s'agit pas de récidives, l'exérèse par voie externe seule, paraît être la solution logique (Observations I et II).

b) S'il s'agit au contraire de tumeurs assez volumineuses, de tumeurs d'accroissement rapide, de tumeurs dont la dissection a été difficile et a traumatisé le Canal de Sténon, ou laissé un doute à ce sujet, s'il s'agit enfin d'une récidive, l'exérèse par voie externe suivie de drainage par voie buccale, complétée ou non de curiethérapie intra-cavitaire, paraît être alors la ligne de conduite à conseiller (Observation IV).

LES RESULTATS

Il est difficile d'écrire un chapitre de résultats lorsque l'on fait état d'une statistique courte, conséquence inévitable de la rareté de l'affection que nous avons étudiée.

Notre statistique porte seulement sur quatre observations ; une malade avait été antérieurement opérée ailleurs, et présentait une récidive que l'examen histologique montra être de nature épithéliomateuse.

Nos quatre interventions ont donné les résultats suivants :

— Une exérèse par voie buccale, guérison maintenue depuis 18 mois (myxone).

— deux exérèses par voie externe, guérisons maintenues après 4 et 7 ans.

— Une exérèse par voie externe suivie de drai-

nage buccal et curiethérapie intra-cavitaire, guérison de 2 ans 1/2 (épithélioma atypique).

Le Professeur Escat a rapporté l'observation d'une tumeur mixte de la joue, énucléée par voie buccale, qui était sans récidive plus de vingt ans après l'intervention (Observation II de la Thèse de Cave).

Ces quelques résultats montrent qu'il est possible d'envisager le pronostic de tumeurs mixtes de la joue, sous un jour relativement favorable.

OBSERVATIONS

Observation I

M. R..., 40 ans, présente au début de 1935, une petite tumeur arrondie, indolore, au niveau de la partie postérieure de la joue gauche, au-dessous de la partie inférieure de l'os malaire, en avant du bord antérieur du masséter, exactement à 3 cm. en avant du bord postérieur de la branche montante et à 2 cm. au-dessus du bord inférieur de la branche horizontale.

Cette tumeur n'est pas adhérente à la peau, et aux plans profonds, elle est d'aspect lobulé, elle n'est pas perçue au toucher buccal.

Elle augmente progressivement de volume, mais reste indolore, aucune adénopathie n'est décelée. La malade est opérée au Centre Anti-Cancéreux, le 21 mais 1938 (Dr Girmoud) : par une incision transversale, on pratique l'exérèse de la tumeur qui adhère au Canal de Sténon, mais est indépendante de la parotide.

CONCLUSIONS

1. — Les tumeurs dites mixtes qui se développent assez fréquemment dans les glandes salivaires principales peuvent, à titre exceptionnel, avoir pour point de départ, les glandes parotides accessoires ou naître dans le prolongement massétérin de la parotide.

2. — Ces tumeurs mixtes aberrantes siègent au niveau de la joue et leur diagnostic est relativement facile.

3. — Les discussions encore en cours sur la signification et le pronostic des tumeurs mixtes en général s'appliquent aussi aux tumeurs mixtes aberrantes que nous avons étudiées.

4. — L'intérêt particulier de l'étude des tumeurs mixtes des parotides accessoires ou du prolongement massétérin de la parotide principale, réside dans le voisinage dangereux du canal de Sténon qui crée des difficultés opératoires et dont la blessure accidentelle expose à une complication : la fistule salivaire post-opératoire.

5. — Un artifice technique permet d'éviter cette fistule post-opératoire dans les cas où le canal a dû être volontairement lié et dans ceux ou il a été blessé par un traumatisme opératoire imprévu ; cet artifice consiste dans la suture de l'incision cutanée sur une mèche sortant par une contre-incision buccale ; l'ablation de cette mèche étant pratiquée au bout de quelques jours, permet, le cas échéant, de compléter l'exérèse de la tumeur par curiethérapie intra-cavitaire.

Vu :	Vu :
Le Président de Thèse,	*Le Doyen,*
DUCUING	J. CALVET

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 3 Février 1947

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

BÉRARD (A.). — Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne (*Th. d'Agrég. de Méd. opératoire*, Paris, 1841).
ris, 1941).

BOUCHOT (P.). — *Bull. Soc. Anat.* : tumeur de la parotide accessoire (Sarcome fuso-cellulaire).

BROCA. — *Soc. Anat. de Paris*, 1850. — Tumeur encéphaloïde de la parotide accessoire.

CAVE. — Les tumeurs mixtes bucco-pharyngées (*Thèse Toulouse*, 1939).

CAPETTE. — Laplane (*Th. Bordeaux*, 1898).

CHRÉTIEN. — Article : Parotide, *Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre*, 1885.
Compendium de Chirurgie pratique, Tome III.

CREYSSEL. — Cancer de la parotide accessoire (*Lyon Méd.*, 1930, T. CXLV, page 824).

DUVETET - CREYSSEL. — Les tumeurs malignes des glandes salivaires (*Collection du Cancer*) ; Doin, éditeur, 1931.

ESCAT. — Dix cas de tumeurs mixtes bucco-pharyngées (*Soc. de Chirurgie de Toulouse*, 23 février 1934).

FLORENCE. — Un cas de tumeur de la parotide accessoire (*Arch. gén. de Chirurgie*, 1910, n° 6, page 465).

FUMEY. — Etude clinique et thérapeutique des tumeurs de la glande parotide (*Th. Lyon* 1929-1930).

GAUBIN. — *Thèse de Bordeaux*, 1904.

HERTWIG (Oscar). — *Traité d'Embryologie.*

LARABÉRIE (De). — Recherche sur les tumeurs mixtes. Les glandes salivaires de la muqueuse buccale (*Arch. Gén. de Méd.*, 1890).

LENORMAND et COTTARD. — Tumeurs mixtes de la joue et des lèvres.

MASSABUAU. — Tumeurs mixtes salivaires (*Rev. de Chirurgie*, 1907, T. II, p. 389).

MOUTIER et REDON. — Evolution anatomo-clinique des tumeurs mixtes parotidiennes. Conclusions chirurgicales (*Journal de Chirurgie*, T. XLI,

N° 1, janv. 1933, p. 44). *Trav. de la Clinique Thérapeutique chirurgicale du* Dr. Duval.

POUJOL. — Les tumeurs des glandes salivaires (*Th. de Montpellier,* 1895).

SAVOURIN. — De l'extirpation des glandes parotide et sous-maxillaire, et des tumeurs situées dans les régions occupées par ces organes (*Gaz. des Hôp.*, 1839, pp. 19, 22 et 38).

THÉVENOT. — *Gaz. des Hôpitaux* (1900).

VANVERTS. — *Echo Médical du Nord,* 1908.

VIALLETON. — Sur le rôle topographique des arcs branchiaux dans les formations du cou (*Montpellier Méd.*, 1907).

VILLAR. — Epithélioma de la parotide accessoire (*Bull. de la Soc. d'Anat.* 1899, p. 760).

WOOD. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Annales of Surgery,* T. XXXIX, 1904).

TABLE DES MATIERES

I. — Introduction 9

II. — Historique 13

III. — Rappel embryologique et anatomique. 17

IV. — Anatomie pathologique 21

V. — Pathogénie 23

VI. — Etude clinique 27

VII. — Diagnostic 31

VIII. — Traitement 37

IX. — Observations 47

X. — Conclusions 53

XI. — Bibliographie 55